様式第2号（第2条、第3条関係）

（新　規・継　続）

|  |
| --- |
| 養育医療意見書 |
| ふりがな氏　名 |  | 性別 | 男女 | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 在胎週数 | （単胎／双胎（　）胎） | 出生時の体重 | ｇ　　　　　　 |
| 症　　状　　の　　概　　要 | ※　下記の症状で未熟性に起因する項目があれば○をつけてください。 |
| 一般状態 | 1. 運動不安・痙攣
2. 運動が異常に少ない
 |
| 体　温 | 1. 摂氏34度以下
 |
| 呼吸器循環器 | 1. 強度のチアノーゼ持続
2. チアノーゼ発作を繰り返す
3. 呼吸数が毎分50以上で増加傾向
4. 呼吸数が毎分30以下
5. 出血傾向が強い
 |
| 消化器 | 1. 生後24時間以上排便がない
2. 生後48時間以上嘔吐が持続
3. 血性吐物がある
4. 血性便がある
 |
| 黄　疸 | 1. 生後数時間以内に発生　　　（２）異常に強い
 |
| その他の所見（合併症の有無等） |  |
| 診療予定期間 | 　　　　　年　　　月　　　日　から　　　　　年　　　月　　　日　まで |
| 現在受けている医療 | 保育器の使用　　人工換気療法　　酸素吸入　　経管栄養　　持続静脈内注射その他の治療 |
| 症状の経過 |  |
| 　上記のとおり診断する。　　　　　　　　　年　　　　月　　　日指定養育医療機関名郵便番号　　　　　　－所在地電話番号　　　　　　－　　　　　－医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |